

検査予約申込書 (FAX 用)

FAX 番号 : 047-312-7321

予約受付は前日午後 3 時までとさせていただきます。

さくら島村トータル・ケア・クリニック
〒270-2232 千葉県松戸市和名ヶ谷 1424-22
TEL : 047-312-7600

さくら島村トータル・ケア・クリニック 行

MRI 検査予約票

※下記枠内をご記入の上、FAX してください。

医療機関名

医師名

住所

電話番号

FAX 番号

(フリガナ)	
氏名	様
検査日	年 月 日 () 時 <input type="checkbox"/> 読影なし (検査のみ) (14,500 円税抜) <input type="checkbox"/> 読影あり (16,000 円税抜) ※ 推奨いたします。 <input type="checkbox"/> 送迎なし <input type="checkbox"/> 送迎あり ※予約状況によってはご希望に沿えない場合があります
受診歴	無・有 さくら島村トータル・ケア・クリニック ID ()

・患者様へ

当日は下記をご持参のうえ、予約時間の 30 分前までに受付までお越しください。

腹部検査の方は検査前日の夕食より絶食して下さい。水分 (水、お茶) は摂取可能。

 MRI 予約票 (この用紙) 診療情報提供書 兼 MRI 検査依頼書 (原本) マイナンバーカード 資格確認書 診察券 (お持ちの方)

----- さくら島村トータル・ケア・クリニック 記入欄 -----

検査予約日 月 日 時 分

上記お時間でご予約をお取りしました。

ご不明な点等ございましたら、さくら島村トータル・ケア・クリニックまでご連絡ください。